

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
 Prise en charge : pec@mupras.com
 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Déclaration de Maladie

N° W21-820740



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Matricule :

Société :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :
Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Tui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :



En cas d'accident préciser les causes et circonstances :



Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

VOLET ADHÉRENT

N° W21-820740



Déclaration de maladie

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
20/11/2023			6	 INF : _____

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SARL AU Propriétaire : Jaffer 2-115 Marrakech Tél : 05 24 49 59 69 Fax : 00212 324900088	③ <i>Le 11.12.23</i>	86,- <i>à régler</i>

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES															
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.															
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF															
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>											
				Coefficient des travaux <input type="text"/>											
				Montants des soins <input type="text"/>											
				Début d'exécution <input type="text"/>											
				Fin d'exécution <input type="text"/>											
		DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des travaux <input type="text"/>										
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">25533412 21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: left;">G</td> </tr> </table>			H	25533412 21433552	00000000 00000000		D	00000000 00000000	35533411 11433553		B	G	Montants des soins <input type="text"/>
		H	25533412 21433552												
		00000000 00000000													
		D	00000000 00000000												
35533411 11433553															
B		G													
<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Date du devis <input type="text"/>												
			Date de l'exécution <input type="text"/>												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION															

Le : 20/11/2023

ORDONNANCE

Dr. Jihane Elomari

① - Doligripp®

19,50 15 x 3 fl 15

② - Otnine
46,70 180 x 3 fl 10 -

③ - zytonic 100 mg.
1cp 1g.



Jihane ELOMARI
Medecin
INPE : 071209530

PHARMACIE PREMIUM
Propriété Jawaher 2-115 Marrakech
Tél : 0524 49 59 69
ICE : 201680249000020 (3)

DoliGrippe®

Paracétamol - Vitamine C - Maléate de Phéniramine

A partir de 15 ans

إبتداءً من 15 سنة

Tenir hors de portée et de vue des enfants

يحفظ بعيداً عن متناول و مرأى الأطفال

DoliGrippe®

Paracétamol - Vitamine C - Maléate de Phéniramine

8 Sachets Granulés



6 118000 041566

AMM # 247/15 DMP/21/NNP



bottu
R2, Allée des Casuarines - Ali Sébila - Casablanca
Bachouchi - Pharmacien Responsable

بوتسي ش.

بر. الكافاريناين - معن الصبيح -
س. التوشتنوي - صيدلاني مصطفى



DoliGrippe®

Paracétamol - Vitamine C - Maléate de Phéniramine

ce avant de prendre la relire.

en doute, demandez à un

docteur ou un pharmacie

si vous remarquez une

réaction indésirable au

produit.

stance active par unité

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ملغ 100

زیلوریک

ألوبورينول

قرصا 100

عن طريق الفم

LOT 223849

EXP 11 2026

PPV 46.70 DH

BRÉVILLES  [www.breville.com](#)

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains

Ne prenez jamais ZYLOTRIC comprimé.

- Ne prenez jamais ZYLORIC, comprimé :**

 - En cas d'allergie connue à l'allopurinol ou à l'un des constituants du mentionnés dans la rubrique 6.
 - Chez l'enfant de moins de 6 ans (contre-indication liée à la forme pharmaceutique).

En cas de doute, il est indispensable de demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

Avertissements et précautions :

Adressez-vous à votre médecin, pharmacien ou infirmier/ère avant de prendre ZYLORIC mg, comprimé si vous :

- Avez des problèmes au niveau de votre cœur ou de vos vaisseaux
 - Souffrez de problèmes cardiaques

prenez des diurétiques et/ou un enzyme de conversion de l'angiotensine

- Souffrez actuellement d'une crise d'angoisse ?
 - Etes d'origine chinoise, ethnies Han ou Manchus ?
 - Avez des problèmes de thyroïde.

Faites particulièrement attention avec :

- Des éruptions cutanées ont été l'allopurinol. Fréquemment, l'éruption se situe au niveau de la bouche, de la gorge, du visage (yeux rouges et gonflés). Ces réactions sont généralement précédées par des symptômes tels que courbatures (symptômes ressemblant à une crise d'asthme), une apparition de vésicules sur les lèvres ou les paumes, ou des cas d'éruption cutanée ou de

aspen

ZYLORIC 100 mg
Boîte de 100 comprimés
A.M.M. N° 63 DMP/21/NTT
SOTHEMAB BOSKOLIBA
Rembour



LOT : M0805
EXP : OCT 2025
PPV : 19,30 DH

غير



- يجب ألا
- طرقة نفحة الأنف
- نظرة
- أملأ
- أضغط على الأنف مرة واحدة وانته
- أزل البخاخ من الأنف.
- كرر العملية في فتحة الأنف الأخرى.
- احترم الجرعات المدونة في النشرة أو التي يصفها الطبيب، إذا كنت تشعر بأن فعالية الدواء ضعيفة جداً أو قوية جداً، يرجى استشارة الطبيب أو الصيدلي.
- ينبغي استخدام كل بخاخ من قبل شخص واحد لمنع العدوى.
- لا يستخدم البخاخ بعد 28 يوماً من افتتاحه

أنه يحتوي
الخرى.
صال طببك
ن لوعارضه

- إن جسيبيه أو آثار جانبية غير مدرجة في هذه النشرة، يرجى إخبار الطبيب أو الصيدلي.
- إذا استمرت الأعراض أكثر من 7 أيام، اطلب المشورة من الطبيب.
- يحفظ بعيداً عن متناول الأطفال.

لا تتجاوز الجرعات الموصى بها.

في حالة تناول جرعة زائدة اتصل بطبيبك أو الصيدلي 7 - ما هي التأثيرات الثانوية التي قد يتسبب فيها أوتريفين؟ مثل كل الأدوية، يمكن لأوتريفين أن يتسبب في آثار جانبية، على الرغم من أن الجميع لا يكون معرض لها يمكن أن تشعر بالانزعاج المحلي بعد استعمال أوتريفين خصوصاً إذا لديك حسكة الأنفية حساسة قد يتسبب أوتريفين في التأثيرات الثانوية التالية: أحياناً شعور بالحرق في الأنف والحنجرة، تهيج موضعي، غثيان، صداع، جفاف المخاط الأنفي، اضطرابات بصيرية عابرة والحساسية للأتربة.

للمعلومات الطبية:
كلالكسوس ميتاكلين المغربي 44,42 زاوية شارع الراشدي و حامد الغزالي الدار البيضاء الهاتف 212 5 22 48 00 02

: مصنع من طرف سوتاما، 82 شارع الشفشاوني، 20590 سيدى البرنوصي الدار البيضاء

1 - ما هو أوتريفين ومتى يستعمل؟
يستعمل أوتريفين في علاج احتقان الأنف، حساسية والتهاب الأنف المزمن بما في ذلك حمى القش والتهاب الجيوب الأنفية. يساعد على تخفيف الاحتقان و تطهير الجيوب الأنفية وذلك بتخفيف الإفرازات الأنف المفرطة وتعد نوعاً من الدوائية المتخصصة إلى حجمها الطبيعي.

2 - متى يجب عدم استعمال أوتريفين؟
ينصح بعدم استعمال هذا الدواء لدى الأطفال دون سن 15 ولا سيما في حالة:

- الحساسية للكسيلوميتازولين أو لإحدى مكونات الدواء
- الحساسية لمضاد الاحتقان آخر
- ارتفاع الضغط الشرياني الحاد أو غير المترافق،
- سوابق حادث وعائي دماغي أو عوامل الخطير التي من

آخر حتى التي تستعمل بدون وصفة طبية قد يكون الاستعمال المشترك للأدوية تحتوي على مضيق الأوعية وحده أو مشترك مع مادة أو مواد فعالة (رغم استعمالها عبر طرق مختلفة) غير مجدية و بل قد يكون خطيراً.

5 - هل يمكن استعمال أوتريفين خلال الحمل أو الرضاعة؟
قبل استعمال أوتريفين خلال الحمل أو الرضاعة، استشيري الطبيب.

6 - كيف يستعمل أوتريفين؟
ما لم ينصح الطبيب بغير ذلك، يجب احترام توصيات الجرعات التالية لدى البالغين والأطفال الذي تجاوز سنه 15 سنة:

رشة بواسطة المرشة 0.1% في كل فتحة الأنف، 2 إلى 3 مرات في اليوم.
يجب عدم تجاوز الحد الأقصى للجرعة اليومية.